FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 616

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre COSTET

Né le 24 février 1907, à St-Maixent l'Ecole (D. S.).

De l'Extraction de la tête dernière

(Critique de la manœuvre de Mauriceau)

Président : M. BRINDEAU, *Professeur.*

PARIS
JOUVE & Cie, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre COSTET

Né le 24 février 1907, à St-Maixent l'Ecole (D. S.).

De l'Extraction de la tête dernière

(Critique de la manœuvre de Mauriceau)

Président : M. BRINDEAU, *Professeur.*

PARIS
JOUVE & Cie, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935

LE DOYEN ..... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE. MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE (*Suite*).

MM.
LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN .... Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.
PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
RICHET ..... Physiologie.
SANNIÉ ..... Chimie biologique.
SÉNÈQUE .... Pathologie chirurgicale.
TROISIER .... Pathologie expérimentale.
TURPIN ..... Pathologie médicale.
VIGNES ..... Obstétrique.
WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) ..... Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET .... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
LEROUX ..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN .... Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ABRAMI.
ALAJOUINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DUVOIR.
DONZELOT.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-RADOT.
SÉZARY.
} Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.
} Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.
} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique.
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ ..... Puériculture.
FREY ..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0066

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

En témoignage de ma bien vive affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

Pour le grand honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant de présider notre thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR METZGER

Qui nous a permis de mener à bien ce travail et nous a ouvert largement l'accès de son service de l'hôpital Bichat.

A mes Maitres dans les Hôpitaux de Poitiers

(1re année de médecine)

A mes Maitres dans les Hôpitaux de Paris

(années d'externat)

A MM. les Professeurs Toupet,

Lenormant,

Pissavy,

Chevassu,

Weismann Netter.

HISTORIQUE

De tout temps une assez mauvaise réputation s'est attachée à l'accouchement par le siège. « Aegre partus ». « Partus Agrippinus » disait-on autrefois.

On se borna très longtemps du reste à constater le caractère vicieux de la présentation et à déplorer la mort fréquente du fœtus, généralement attribuée à l'axphyxie.

L'art des accouchements était encore à ses premiers pas au début du XVIe siècle et la conduite à tenir n'était guère spécifiée pour les différents cas. L'opérateur agissait par suite comme il le jugeait le mieux, en face de chaque éventualité et au moment qui lui semblait le plus opportun; son espoir semblait souvent résider dans la force de ses bras. C'est ainsi qu'on trouve sous la plume d'un praticien de cette époque la description d'une extraction de la tête dernière, sujet auquel nous bornerons nos réflexions au cours de cet ouvrage : « Je la tiray dit-il, en la manière qu'elle pouvoit venir, c'est-à-dire la face regardant l'os barré de la mère, auquel le menton s'accrocha.

Ambroise PARÉ se heurta aux mêmes difficultés et ne semble pas les avoir toujours résolues de façon plus heureuse. Il redoute surtout lui aussi le passage de la tête et signale de même qu'elle peut être retenue par « l'os barré ou pubis» .

C'est à GUILLEMEAU, élève d'Ambroise PARÉ, que pa-

revenir l'honneur d'avoir le premier formulé des conseils au sujet de l'extraction de la tête dernière, en même temps qu'il envisageait la question sous un jour déjà plus large. « La tête de l'enfant, écrit-il en 1621, peut être souvent si grosse qu'elle ne peut suivre le corps ou bien le dit enfant est si mal tourné, qu'en le tirant par les pieds, il se rencontre avoir le ventre et l'estomac tournés en haut vers le ciel, qui fait que le corps étant du tout sorti et comme l'on veut tirer la tête et la faire passer, le menton s'accroche à l'os barré ou pubis et en la voulant tirer avec violence, la tête demeure dedans, ce qui est cause que l'on ne tire que le corps. Pour à quoi remédier et faire que la tête ne demeure, il faudra doucement tourner le corps de l'enfant sens dessus dessous, lui mettant le visage contre bas et, en mettant de l'autre main l'index dedans la bouche de l'enfant, facilement la tête sera tirée dehors avec le corps. »

GUILLEMEAU semble donc, après tout ceci, avoir été en droit de se considérer comme l'auteur de la méthode. L'histoire pourtant ne devait pas ratifier de telles conclusions et, à l'heure actuelle, en France du moins, c'est MAURICEAU qui est universellement considéré comme le créateur de la technique d'extraction de la tête dernière.

Ce ne fut pourtant qu'en 1668 que MAURICEAU formula pour la première fois la manœuvre à laquelle devait rester attaché son nom. Il le fit dans son fameux traité des « Maladies des femmes grosses » qui devait connaître sept éditions et être traduit en plusieurs langues. Mais la gloire de l'auteur, le premier, devait écrire plus tard BAUDELOCQUE, qui eut vraiment « âme d'accou-

cheur » éclipsa presque complètement le nom et les œuvres de GUILLEMEAU, ce qui valut à la méthode en question de se transmettre sous le nom de « manœuvre de MAURICEAU ».

La descriptions qu'il en fit est la suivante; on pourra juger ainsi de l'étroitesse de parenté des deux techniques : « Il y a des enfants qui ont la tête si grosse qu'elle demeure arrêtée au passage après que le corps est tout à fait dehors, nonobstant toutes les précautions qu'on puisse apporter pour l'éviter. En ce cas, il ne faut s'amuser à tirer seulement l'enfant par les épaules, car quelquefois on ferait plutôt se séparer le col que de l'avoir ainsi; mais durant que quelque autre personne tirera médiocrement le corps de l'enfant, le tenant par les deux pieds ou au-dessus des genoux, le chirurgien dégagera peu à peu la tête d'entre les os du passage; ce qu'il fera en glissant doucement un ou deux doigts de sa main gauche dans la bouche de l'enfant, pour en dégager premièrement le menton et, de sa main droite il embrassera le derrière du col de l'enfant au-dessus de ses épaules, pour le tirer ensuite des doigts de sa main gauche mis dans la bouche de l'enfant, ainsi que j'ai dit ci-dessus pour en dégager le menton, car c'est cette partie qui contribue davantage à retenir la tête au passage, duquel on ne peut la tirer devant que le menton en soit entièrement dégagé. »

La filiation des deux manœuvres ne peut donc que sauter aux yeux. Le seul et grand avantage de la description de MAURICEAU est d'avoir expliqué dans ses moindres détails la technique indiquée 47 ans plus tôt par GUILLEMEAU.

Pour la recherche de l'auteur véritable de la méthode, les choses peuvent sembler se compliquer du fait qu'à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne surtout, la même manœuvre est décrite dans bien des ouvrages sous le nom de « manœuvre de SMELLIE ». En réalité, la confusion n'est qu'apparente et il ne saurait y avoir discussion car l'accoucheur anglais qu'était SMELLIE fut très ultérieur à MAURICEAU lui-même et sa description identique du reste à celle de son prédécesseur, ne vint qu'en 1756, c'est-à-dire près de 90 ans plus tard. SMELLIE ne fut donc que le premier accoucheur, qui à l'étranger fit confiance et adopta la manœuvre décrite par MAURICEAU, lequel la détenait lui-même en réalité de GUILLEMEAU.

INTRODUCTION

De nos jours, les préoccupations du praticien aux prises avec une présentation du siège ne sont plus tout à fait du même ordre que celles que nous trouvons signalées chez les auteurs anciens.

Ceci tient à ce que peu à peu l'opérateur a appris à limiter ses interventions et a fait davantage confiance à la nature pour l'évolution des différentes phases d'un accouchement de ce genre.

BAUDELOCQUE enseignait déjà, vers 1790, que toute intervention est condamnable qui « contrarie les intentions de la nature et que, à la condition d'agir suivant ces principes, il est extraordinaire de voir le menton comme accroché au rebord des os du pubis ». Il avait foi pour cette raison en la manœuvre de MAURICEAU qu'il jugeait intelligente du fait de son action exclusive sur la tête.

Mais la manœuvre de MAURICEAU, telle qu'elle avait été décrite par son auteur et telle aussi que la concevait BAUDELOCQUE, n'avait que de lointaines ressemblances avec la manœuvre actuellement décrite sous le nom de « manœuvre de MAURICEAU-PINARD » et de plus BAUDELOCQUE n'avait pas pénétré à fond le mécanisme intime de l'engagement de la tête.

Pour lui, l'obstacle était le menton qui venant faire une saillie exagérée pouvait interdire tout engagement en

s'accrochant à une arête quelconque du pourtour osseux, rarement le pubis.

La manœuvre de MAURICEAU lui semblait alors indiquée, mais écrivait-il « bien moins pour accrocher la mâchoire inférieure et tirer dessus que pour faire décrire au menton un plan continu avec la poitrine » et il ajoutait même qu' « une fois la tête dans le petit bassin la sortie de la tête est entièrement l'ouvrage de la nature ». MAURICEAU ne concevait pas autrement sa technique en écrivant qu'elle était destinée exclusivement à « dégager le menton des os du passage » et nulle part on n'entend parler de manœuvre de traction sur le maxillaire inférieur destiné à entraîner la tête toute entière.

Depuis qu'il est établi que c'est la déflexion de la tête qui s'oppose à son engagement, on a voulu faire rendre à l'ancienne manœuvre de MAURICEAU plus qu'elle n'avait fourni jusque là. On a espéré fléchir la tête toute entière en exerçant des tractions sur le maxillaire hyperfléchi. N'est-ce pas trop lui demander ?

Dans les cas faciles, on y parviendra sans nul doute, mais ne s'agissait-il pas là de ceux-mêmes, où une heureuse évolution se serait effectuée spontanément et y avait-il alors intérêt à précipiter les choses ?

Et dans les cas difficiles, ceux où le bassin est un peu juste par rapport à la tête, n'est-ce pas trop espérer que de compter vaincre l'obstacle par ce procédé ?

Toute technique doit du reste montrer sa valeur à la lumière des statistiques. La manœuvre de MAURICEAU-PINARD contribue-t-elle de façon vraiment sensible à améliorer le pronostic de l'accouchement par le siège et ne peut-on sans élever la mortalité fœtale se passer de ses services ?

L'extraction du siège, provoquée par les manœuvres de l'accoucheur comporte comme terme ultime après l'issue alternative de chaque épaule l'extraction de la tête dernière.

Qu'entend-on par extraction de la tête dernière ?

On peut la définir, l'intervention obstétricale par laquelle l'accoucheur se substitue à la contraction utérine pour extraire l'extrémité céphalique, encore retenue chez la mère, d'un fœtus venu par le siège et ceci soit d'emblée, soit après des manœuvres de version interne.

Il s'agit donc là d'un procédé artificiel qui n'est pas le mécanisme normal d'un accouchement ordinaire et où les choses se passeront forcément de façon moins souple, dans un temps raccourci qui ne laissera pas aux différentes phases d'accommodations le loisir de s'effectuer aussi aisément.

Il reste entendu d'ailleurs que si son utilisation s'avère indispensable pour le fœtus, l'abstention pure et simple lui étant davantage préjudiciable il ne saurait être discuté.

Quels sont les moyens classiques de l'effectuer ?

L'obstacle siégeant d'ordinaire au niveau du détroit inférieur par suite d'une déflexion de la tête jugée fréquente à cet étage la technique conseillée sera la « manœuvre de Mauriceau-Pinard ».

Nous n'en rappellerons ici que les principes essentiels. Ce sont les quatre mouvements en lesquels elle peut se décomposer :

— un premier mouvement de flexion obtenu par une traction exercée sur le maxillaire inférieur à l'aide de deux doigts placés dans la bouche du fœtus;

— un second mouvement de rotation qui a pour but de ramener la bouche en arrière afin de placer la tête dans le sens de la fente coccy-pubienne;

— un troisième mouvement de descente obtenu en tirant vers le bas jusqu'à ce que l'écaille occipitale soit sous l'angle pubien;

— enfin un quatrième mouvement de dégagement par lequel on attire la bouche d'arrière en avant afin de l'amener à la commissure postérieure de la vulve. La nuque fait alors charnière autour de la symphyse et la bouche apparaît.

L'obstacle pourrait d'ailleurs siéger à un niveau plus élevé, dès le détroit supérieur. Il s'agit rarement d'un diamètre bi-pariétal un peu large avec une tête par ailleurs bien fléchie. Et dans ce cas, on a recours à la « manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES » qui consiste en des mouvements d'inclinaison des pariétaux destinés à faire franchir le rétrécissement à chacune des bosses pariétales successivement présentées. En général, il y a là aussi déflexion de la tête et nous trouvons conseillé ici, comme prélude à la manœuvre précédente un mouvement de flexion identique au premier mouvement de la manœuvre de MAURICEAU et obtenu comme lui à l'aide de deux doigts vaginaux.

QUELLES EN SONT LES INDICATIONS CLASSIQUES ?

Si tout semble devoir aller bien, la progression du fœtus s'effectuant normalement et la tête ayant franchi sans encombre le détroit supérieur, le praticien devra limiter son intervention à la manœuvre de MAURICEAU. Cette règle trouve sa justification aux yeux de ceux qui l'appliquent dans le fait que, parvenu dans l'excavation la tête fœtale est très souvent en extension plus ou moins marquée ce qui aurait pour conséquence son non dégagement. De plus on redoute que le fœtus subissant depuis un certain temps déjà des excitations périphériques n'ait déjà effectué des inspirations prématurées venant compromettre son existence.

Par contre la manœuvre de CHAMPETIER de RIBES et son préliminaire, la flexion de la tête au moyen du doigt buccal ne trouveront leur indication que dans le cas où les difficultés surgiraient de bonne heure, dès le détroit supérieur. Elles seraient du reste suivies à l'étage inférieur de la manœuvre précédente.

Cette façon de voir n'est-elle pas trop « interventionniste » ?

L'ABSTENTION N'EST-ELLE PAS POSSIBLE DANS BIEN DES CAS ?

La présentation du siège n'est pas une présentation vicieuse et on peut et on doit espérer un accouchement naturel dans ce cas aussi bien que dans une présentation du sommet.

A vrai dire en effet une telle présentation n'a point l'allure d'un accident ou d'une exception et les statistiques s'accordent à lui donner une fréquence de 1/60.

L'examen des cas relevés chez différents auteurs incline à penser de la sorte.

C'est ainsi qu'une statistique de WESTMANN portant sur 796 cas montre 466 accouchements entièrement spontanés sans aucune espèce d'intervention.

De même BERTRAND dans sa thèse faite à Bordeaux publie 75 accouchements sur 122 s'étant effectués sans le secours d'aucune aide et dans le service du Pr METZGER 40 % environ des accouchements par le siège s'effectuent « en présence » seulement de l'opérateur, la tête restant jusqu'à la fin bien fléchie et parvenant d'elle-même à l'extérieur.

Tout ceci montre donc clairement que les manœuvres d'extraction de la tête dernière n'ont pas forcément et toujours leur indication et que la présentation du siège n'est pas anormale comme on tend à le dire, tout pouvant se passer aussi simplement que lors d'une présentation céphalique.

On comprend mal du reste comment il pourrait en être autrement alors que les mécanismes d'accommodation se montrent identiques pour les deux présentations. Pendant que les épaules franchissent le détroit inférieur la tête le plus souvent parfaitement fléchie traverse le détroit supérieur accommodé par son plus grand diamètre au plus grand diamètre de ce détroit en même temps qu'à la direction de l'axe du détroit supérieur. Elle tourne dès qu'elle est arrivée sur le plancher périnéal afin d'accommoder ses diamètres à ceux du détroit inférieur. L'accommodation dans le bassin de la tête dernière est absolument la même que l'on observe dans les présentations du sommet. Comme le

dos est revenu en avant après son dégagement l'occiput est à la partie antérieure; il reste dans l'excavation, le point d'appui se prend encore à la région de la nuque afin de présenter des diamètres moins grands au passage des parties génitales externes. La force de la contraction agissant sur la partie antérieure de la tête, c'est-à-dire sur le front le bregma refoule cette partie en bas et en avant avec la plus grande facilité car il y a accommodation de forme et de direction.

A. BOURNE, qui pourtant est favorable à la manœuvre de MAURICEAU écrit dans « The Brithisch Médical Journal » qu'elle ne saurait avoir toujours son indication et divise les cas en 3 groupes.

« Le premier, dit-il, répond aux cas où chez une multipare les bras et les jambes de l'enfant, de même que le tronc, sont sortis facilement. Là nous pouvons espérer que la tête sera fléchie et ne nous causera pas d'ennui. On doit terminer l'accouchement par la méthode la plus simple; elle consiste à saisir les pieds de la main droite et de les amener doucement et graduellement vers le ventre de la mère. Aucune autre manœuvre n'est nécessaire.

Le second est celui où chez une primipare l'accouchement a été lent et un peu difficile. La tête peut ne pas être fléchie à fond. Passer alors un doigt jusqu'au menton et sentir s'il est accolé au sternum. S'il en est ainsi exercer quelques tractions douces sur les épaules pendant que les pieds sont portés vers le ventre de la mère et qu'une nurse appuie au-dessus de la symphyse. La bouche et le nez parviendront ainsi à l'extérieur.

Le troisième, seul est justiciable de l'extraction cépha-

lique. C'est celui où l'on s'attend à une tête défléchie, par exemple lorsque les bras sont arrivés en extension. La tête est presque alors toujours défléchie.

Il est donc évident que, dans mainte occasion, la manœuvre de MAURICEAU n'est pas indispensable pour l'issue de la tête dernière. Si la méthode compte tant de cas heureux, c'est que l'évolution spontanée se serait effectuée d'elle-même. Mais pourra-t-on dire, s'il peut être exact que la tête puisse effectuer spontanément sa sortie, il n'est pas moins vrai que cette évolution est trop lente et il y a danger pour le fœtus à attendre sa sortie sponanée. Le Mauriceau s'impose malgré tout.

EST-IL VRAI QUE L'ABSTENTION NE SOIT PAS PRÉFÉRABLE dans les cas simples que nous envisageons actuellement ?

Et tout d'abord quel danger court le fœtus lorsque tout semblant devoir se passer spontanément, on se refuse à hâter l'extraction de la tête ?

C'est, au dire de la plupart, le danger d'asphyxie; le fœtus soumis depuis quelque temps à des excitations périphériques a effectué des inspirations prématurées et la respiration pulmonaire n'ayant pu s'établir, la mort est fréquente.

A quoi l'on pourrait d'abord répondre que si, ainsi que nous l'avons conseillé on s'est gardé de toute manœuvre, les excitations périphériques étant ainsi réduites au minimum, on risque peu la respiration prématurée.

Mais ne va-t-on pas jusqu'à incriminer l'air extérieur dans la genèse de ces inspirations par la stimulation de sa température venant forcément refroidir l'enfant.

A cette objection GIBBERT, l'accoucheur anglais répond : « Je ne puis m'empêcher de penser qu'on finira par reconnaître que c'est là une plaisanterie et que la serviette chaude préconisée deviendra une chose du passé. »

Et d'ailleurs, quand bien même dans ces cas simples qui, à notre avis, constituent la majorité, l'abstention exposerait le fœtus à une ou plusieurs tentatives d'inspiration, le risque serait-il très grand pour lui ? Nous ne le pensons pas et les cas de mort que l'on rapporte relèvent sans doute bien plus d'une compression du cordon concomitante. Celle-ci peut du reste avoir pour première conséquence par voie réflexe la tentative d'inspiration du fœtus soucieux de remplacer au plus tôt sa respiration placentaire devenue déficiente par la respiration pulmonaire. Mais dans les cas non compliqués, ceux que nous envisageons seulement pour l'instant, aucun obstacle réel ne s'opposant à la sortie du fœtus, les troubles asphyxiques au cas même où ils surviendraient, ne sauraient être qu'ébauchés et la bouche de l'enfant ne tarde pas à parvenir à l'extérieur.

Bien des auteurs anglais nient du reste qu'il puisse y avoir autre chose qu'une tentative d'inspiration de la part du fœtus et se refusent à croire qu'il parvienne à réaliser une aspiration du liquide amniotique. C'est ainsi que GIBBERT écrit : « Je ne puis penser que les efforts respiratoires faits par un fœtus qui a sa face étroitement appliquée sur les voies génitales puissent avoir pour effet l'aspiration d'une importante quantité de liquide amniotique. Il est très douteux que ces inspirations prématurées soient réellement nuisibles. » Et il va même jusqu'à conclure : « Loin de nous sentir anxieux lorsque nous voyons un

fœtus à moitié né faire des efforts respiratoires, il serait peut-être plus sage d'accueillir ces tentatives comme enfin un premier signe de vie. »

A. BOURNE ne pense pas autrement lorsqu'il écrit : « On nous a appris que l'enfant peut aspirer un peu de liquide amniotique. Sûrement la bouche et le nez de l'enfant sont pressés très étroitement le long des parois maternelles et ne sont point libres dans un bain de liquide amniotique, si bien que, à vrai dire, il ne peut en être aspiré. Ainsi donc les tentatives d'inspiration ne doivent pas influencer l'accoucheur pour la délivrance de la tête. »

C'est un fait connu que le fœtus est très résistant à l'asphyxie. C'est le traumatisme qui le tue et il n'est pas douteux que ce soit là le *véritable mécanisme et l'agent ordinaire des cas de mort fœtale.*

Déjà en France, on trouve signalé dans la plupart des ouvrages que les traumatismes craniens interviennent comme cause fréquente de la mort de l'enfant.

Mais c'est en Amérique et en Angleterre que la question a été le plus étudiée et les statistiques sont concluantes :

GIBBERT écri : « L'analyse des cas observés au « Guys Hospital » illustre la très haute mortalité due à l'accouchement par le siège. Les détails de chacun d'entre eux ont été très fouillés et montrent clairement que la mort fœtale est surtout due à deux causes : de beaucoup, la principale est l'hémorragie intracranienne. Depuis que Eardley HOLLAND a attiré l'attention sur sa fréquence, tous les observateurs en ont confirmé l'exactitude et l'importance. Dans sa communication magistrale sur ce sujet, en 1922 M. HOLLAND montre que 75 % des morts du fœtus sont

dues à cette cause. Pour mon compte personnel, d'après les résultats de « Guy's Hospital », j'ai trouvé une proportion analogue. Le second facteur de mortalité et à mon avis, le seul autre important est la compression du cordon. Celle-ci rend compte de presque tous les autres cas de mort. On pourrait encore citer la procidence du cordon. »

CAMERON arrive aux mêmes conclusions et écrit que sur deux cas de mort fœtale, il y en a toujours au moins un d'hémorragie intracranienne.

Sans doute l'asphyxie existe bien, mais à notre avis, elle résulte surtout de troubles dans la circulation utéro-placentaire ou fœto-placentaire et s'il n'y a pas d'obstacle, l'enfant effectuera sa sortie spontanément avec assez de rapidité pour n'avoir pas en souffrir.

De plus, il est à noter que les lésions intracraniennes n'entraînent pas toujours et de façon immédiate la mort de l'enfant. Celui-ci peut survivre à des lésions discrètes. Il est toujours malaisé et souvent impossible en cas d'atteinte légère de préciser si, chez un nouveau-né, il n'existe point quelque lésion intracranienne imputable à l'accouchement lui-même. Il est hors de doute que tous les intermédiaires existent entre la lésion minima susceptible de garder un silence plus ou moins long chez un enfant réduit à une vie végétative et la grosse lésion venant s'imposer d'emblée à l'attention de l'entourage. On ne saurait contester dans ces conditions que la valeur future de l'enfant ne puisse en ressentir quelque dommage, trop de maladies de Little, trop de cas d'idiotie relèvent à coup sûr de lésions semblables et ce souci du pronostic ultérieur doit être constamment présent à l'esprit du praticien qui procède à un accouchement par le siège.

Or ces lésions importantes ne sont point une rareté dans les cas mêmes où l'intervention de l'opérateur s'est bornée à la manœuvre de MAURICEAU, au cours d'un accouchement banal sans obstacle appréciable et où l'extraction de la tête dernière fut systématiquement mise en œuvre. GIBBERT montre que l'on rencontre des enfoncements des os du crâne et des paralysies « dans 5 % des cas non compliqués ». On peut dès lors présumer du nombre de cas où dans de telles circonstances, l'atteinte a été plus discrète entachant plus ou moins sérieusement le pronostic futur.

L'hémorragie intracranienne peut en effet relever d'enfoncement des os du crâne. Cette éventualité n'est sans doute pas fréquente au cours de la manœuvre de MAURICEAU et sa réalisation nécessite des pressions particulièrement brutales. Elle n'est pourtant point exceptionnelle; nous venons de le voir.

Aussi n'est-ce point par ce mécanisme que la manœuvre de MAURICEAU est le plus souvent dangereuse. L'hémorragie cérébro-méningée peut aussi résulter du brusque reflux sanguin s'effectuant vers l'encéphale du fœtus lorsque celui-ci effectue sa sortie à travers la filière vulvaire. Il y a poussée congestive du sang qui se précipite vers le contenu intracranien, au cours de ce laminage du fœtus. La réduction trop rapide de l'extrémité céphalique prisonnière, sans temps de pause entre l'extraction du tronc et celle de la tête, au cours d'un Mauriceau systématique, risque de provoquer ces lésions, soit par allongement excessif des veines cérébelleuses, soit par une tension trop grande de la tente du cervelet (HAUCH, LANTUEJOUL).

Le sang épanché peut envahir tout l'espace arachnoïdien, mais il tend principalement à s'accumuler au niveau de la base du crâne.

Il n'est pas rare de constater à l'autopsie d'un fœtus mort des suites d'un accouchement par le siège une hémorragie intracranienne, sans que, par ailleurs, aucun enfoncement cranien ne puisse être invoqué à la source.

GATEAUX dans sa thèse faite à Strasbourg met ce point en évidence et STUDDIFORD le signale également comme rencontré fréquemment à « Sloane Hospital ».

Toute accélération du rythme d'un accouchement par le siège risque donc d'augmenter brusquement la pression intracranienne en intensifiant le reflux sanguin. Il n'est pas douteux par suite qu'il est condamnable de procéder à cette extraction artificielle dans les cas où la tête ne voit pas sa progression arrêtée par un blocage véritable. Il faut laisser à la circulation sanguine tout loisir de s'équilibrer et la manœuvre de MAURICEAU ne saurait être envisagée comme la terminaison volontairement accélérée d'un accouchement non dystocique.

Le rapport entre la mortalité fœtale et l'extraction artificielle de la tête dernière est magnifiquement démontré par WESTMANN qui rapporte une série de 796 cas avec une mortalité de 8,8 %. WESTMANN divise les cas en 3 groupes :

— dans le premier, on trouve 466 accouchements entièrement spontanés; sur les 261 primipares, la mortalité fut de 4,2 %, sur les 205 multipares, la mortalité fut de 2,9 %;

— le second groupe correspond aux cas d'accouche-

ment avec extraction de la tête : sur 117 primipares, la mortalité a été de 14,5 % et chez 84 multipares 8,3 % ;

— dans le dernier groupe de 81 extractions complètes, sur 63 primipares, 33 % de mortalité et sur 18 multipares 16,7 %.

Les meilleurs résultats pourraient ainsi être obtenus par l'opérateur consentant à adopter l'expectative et il sera temps de songer à une extraction de la tête lorsqu'un obstacle existera vraiment et que les risques d'abstention l'emporteront sur ceux de l'intervention.

Mais, disent certains, cet obstacle est réel dans la plupart des accouchements par le siège et il est très fréquent que l'on se heurte à de grosses difficultés au moment où la tête va effectuer sa sortie.

Est-il exact qu'il y ait obstacle aussi souvent qu'on veut bien le dire ?

Nous ne le pensons pas. Si l'on se heurte à tant de difficultés c'est que, bien des fois, croyons-nous, l'opérateur inquiet a créé lui-même l'obstacle de toutes pièces en hâtant l'extraction du tronc, en exerçant des tractions intempestives sur les membres. Celles-ci ont, en effet, pu entraîner le relèvement de l'un ou des deux bras venant entraver la progression céphalique ; en général la conséquence aura été la déflexion de cette tête dernière qui rend impossible tout engagement et la bloque dès l'abord du détroit.

De même une extraction trop précoce du tronc avant que la dilatation ne soit complète aura pu avoir pour effet l'encapuchonnement de la tête dernière coiffée comme d'un bonnet par le segment inférieur de l'utérus ou retenu par l'anneau de Bandl.

Le col rétracté au niveau du cou interdit toute progression de la tête prisonnière et l'accoucheur en est réduit à ne plus compter que sur lui-même.

Ainsi prennent naissance un grand nombre de ces « mauvais cas » dont parlera ensuite le praticien pour expliquer les difficultés auxquelles il s'est heurté ou les échecs qu'il a subi. En réalité ceux-ci n'ont-ils pas été mauvais bien souvent parce qu'il les a rendus tels par des interventions inopportunes. Il craignait de temporiser, n'a-t-il pas péché par action, et toute évolution naturelle lui étant à présent refusée il trouvera là à la manœuvre de MAURICEAU une indication que lui-même aura fait naître.

Von RINGEN écrit : « Dans l'ordre de la nature on ne voit pas le menton cesser d'être fléchi sur la poitrine ni les bras d'être appliqués sur les côtes pour se relever sur la tête; les genoux sont collés au ventre et les talons aux fesses; le cordon reste dans l'insterstice des membres et en tout cas dans le voisinage du cou et du tronc. L'enfant qui pendant toute la durée de la grossesse a été comprimé subit sa dernière compression lors de la naissance. L'accoucheur au contraire tire avec la main, avec un lacs avec crochet forceps, sur le pied, sur un genou, sur les cuisses, les fesses, le tronc, enfin sur la tête; ses membres dissociés se dressent tantôt de côté, tantôt en haut et l'accoucheur a hâte de les saisir à ce moment et de tirer sur eux derechef sans songer que l'enfant supporte péniblement ce manège. La tête va se défléchir et les difficultés seront nombreuses.

QUAND PEUT-ON DIRE QU'IL Y A OBSTACLE ?

Ce n'est à vrai dire que dans trois sortes de circonstances

que l'on est en droit de parler d'obstacle. Les difficultés peuvent tenir soit à une résistance anormale des tissus maternels, soit à une anomalie de l'accouchement, soit à un rétrécissement osseux.

La difficulté peut tenir tout d'abord à une rigidité des *parties molles.* Le col s'est rétracté sur la tête dernière et les bosses frontales sont encapuchonnées par un bonnet serré. Ou bien c'est l'anneau de Bandl qui, spasmé, vient cravater le cou du fœtus et interdire la progression.

Le périnée est une cause fréquente d'ennui et l'absence de relâchement, la paralysie des muscles releveurs de l'anus, en tendant le plancher périnéal, vient rétrécir les voies génitales et entraîner la dystocie.

Les difficultés peuvent encore provenir d'une anomalie du mécanisme de l'accouchement. Parfois, et en général à la suite de manœuvres précipitées il arrive que la tête s'oriente mal et que la rotation, au lieu d'amener le menton vers l'arrière ne l'entraîne vers l'avant. Il y a position occipito-sacrée de la tête dernière qui peut entraîner une dystocie presque invincible.

Mais c'est le bassin qui peut constituer l'obstacle le plus sérieux par les rétrécissements que peuvent comporter les détroits supérieur ou inférieur. Le plus souvent, l'accoucheur sera prévenu de l'origine osseuse de la dystocie, car il aura examiné la malade pendant la grossesse ou au début du travail. S'il est surpris, il trouvera par un toucher manuel profond que la tête est arrêtée au détroit supérieur. On sait qu'une tête fœtale à terme ne peut passer sans danger, même dernière, dans un bassin plat au-dessous de 8,5 (ou 8 au maximum) et que le risque est plus grand lorsque le bassin est généralement rétréci.

A l'étage inférieur, il peut s'agir d'un rétrécissement transverse ou bi-ischiatique dans le bassin cyphotique. Parfois on aura affaire à une diminution du diamètre antéro-postérieur ou sous sacro sous-pubien. Rarement, il y aura ankylose du coccyx.

PEUT-ON COMPTER SUR LA MANŒUVRE DE MAURICEAU POUR VENIR A BOUT DE CES OBSTACLES ?

Il ne le semble pas. *Prenons d'abord le cas où il y a un spasme au niveau des tissus maternels.* Ainsi que nous l'avons déjà dit, celui-ci est rare lorsqu'on a laissé à la nature toute liberté pour l'évolution des différentes phases d'accommodation. Mais mettons-nous en face du fait accompli. Il y a contracture. Allons-nous la vaincre grâce à la manœuvre de MAURICEAU. Nous ne le pensons guère. Et pour commencer, il est des cas où il y a impossibilité à son exécution. Ce sont ceux où la bouche du fœtus est inaccessible aux doigts de l'accoucheur allant à sa rencontre. La tête peut être en effet fortement défléchie, souvent par suite d'intervention inopportune de l'opérateur et la striction périnéale ou utérine va enlever au praticien toute chance de réussir.

Et au cas même où les doigts vaginaux parviendraient à accrocher le maxillaire inférieur de l'enfant, le succès ne s'ensuivrait pas. La tension des parties molles est telle que la flexion et la traction de la tête est irréalisable. Les doigts de l'opérateur s'agitant au contact direct des tissus maternels ne peuvent qu'exagérer le spasme et leur interposition venant doubler l'extrémité fœtale ne fera qu'augmenter la difficulté. Le succès ne pourrait être escompté qu'au prix

de lésions parfois graves du côté maternel, éclatement du vagin, rupture du périnée et même de la vessie ou du rectum, déchirure du col surtout.

Ces lésions se remarquent presque toujours par suite d'une extraction brutale de la tête à travers un orifice insuffisamment dilaté. En effet, si l'on a procédé à l'extraction de l'enfant avant que la dilatation ne soit archicomplète, le col sera cependant assez dilaté pour laisser passer le siège et les épaules, mais insuffisant pour le passage de la tête; de plus, comme dans ces cas on a pratiqué des manœuvres plus ou moins multiples, le col se rétracte d'une façon spasmodique, parfois autour du cou de l'enfant. La situation est alors la suivante : l'opérateur se précipite pour pratiquer la manœuvre de MAURICEAU et cette extraction, si elle réussit, se fait au détriment du col qui se déchire, parfois jusqu'au segment inférieur.

On sait que ces lésions peuvent d'ailleurs passer inaperçues au cours même de la manœuvre, leur éventualité fréquente obligerait toujours l'accoucheur inquiet à une vérification de l'état du col et du segment inférieur. Le pronostic ne serait guère plus brillant pour l'enfant et la brutalité de la manœuvre aurait pu entraîner des lésions graves, tant au niveau du maxillaire qu'au niveau des os craniens.

Dans le cas où l'obstacle tient à une anomalie du mécanisme même de l'accouchement, la manœuvre de MAURICEAU n'a pas sa raison d'être. Deux éventualités peuvent en effet se présenter, suivant que la tête est fléchie ou défléchie.

Si la tête est restée fléchie, le front se met en rapport

avec la face postérieure du pubis. Dans ce cas, on ne saurait recourir à la manœuvre de MAURICEAU même à l'envers, puisque la tête est bien fléchie. Si l'on craint une déflexion trop précoce faisant remonter le front et même le menton au-dessus de la symphyse, il est combien plus simple de placer une main sur la paroi abdominale au-dessus du publis comme contrôle de la persistance de cette flexion, prête d'ailleurs à exercer une légère pression sur le front dans l'éventualité contraire.

S'il y a déflexion de la tête les choses se compliquent, le menton restant accroché au-dessus du publis. La manœuvre MAURICEAU est le plus souvent impraticable car la bouche est inaccessible et, actuellement, il n'est plus guère d'accoucheur qui lui fasse confiance dans cette éventualité particulièrement désastreuse. Nous verrons plus loin que c'est le forceps qui ici est généralement utilisé par tous.

Enfin l'obstacle peut être osseux, soit que le bassin soit rétréci à un niveau quelconque, soit que la tête soit un peu volumineuse par rapport au détroit.

Si la tentative de flexion de la tête au moyen des doigts vaginaux est mal faite, que l'obstacle siège au détroit supérieur ou au détroit inférieur, le résultat sera mauvais. Si l'opérateur oublie que la main agissante doit être celle dont les doigts tirent sur le maxillaire, le résultat sera une déflexion plus marquée encore de la tête dernière et la difficulté n'en sera qu'augmentée. Ou bien c'est l'obstacle qui s'opposera à la flexion de la tête et l'opérateur jugeant sa traction sur le maxillaire déjà assez puissante et ne constatant pas malgré elle de progression notable, combien sera forte pour lui la tentation d'opérer une traction sur

les épaules; le résultat sera identique au précédent, c'est-à-dire mauvais. Mais même au cas où la tentative de flexion de la tête par les doigts intra-buccaux ne serait pas entachée de ces erreurs le résultat ne serait pas meilleur.

Et tout d'abord il y a gros risque pour le fœtus à opérer ainsi cette tentative, tant au détroit supérieur par le mouvement de flexion préliminaire à une manœuvre de CHAMPETIER de RIBES, qu'au détroit inférieur par la manœuvre de MAURICEAU, lorque l'obstacle est osseux, c'est-à-dire résistant.

Sans doute donne-t-on nombre de conseils destinés à diminuer les risques de traumatisme, la quantité même de ces recommandations montre l'importance du danger couru et chacun sait que la multiplicité d'une thérapeutique n'est point signe de son efficacité. DEMELIN formule ces conseils de la manière suivante :

« Pousser les doigts jusqu'au fond de la cavité buccale jusqu'au rachis cervical, au-dessus de la langue car il y a risque de fracture du bord alvéolaire du maxillaire inférieur si l'on tire sur son bord. Mettre l'autre main en fourche sur le haut du thorax. L'opérateur souhaite d'éviter les fractures de la clavicule, les paralysies radiculaires du plexus brachial, les déchirures du sterno-cléido-mastoïdien, la contusion du lobe supérieur du poumon, les hémorragies méningées par élongation bulbo-médullaire, etc... Aussi placer le bout des doigts l'un d'un côté du rachis, l'autre de l'autre sur les régions sus-épineuses des omoplates et non point en crochets recourbés par-dessus le haut du thorax. La main fourche a pour but unique de fixer le tronc et donner un point d'appui à la main buccale.

C'est celle-ci qui va manœuvrer pour abaisser le menton, fléchir la tête et la faire tourner ensuite en occipito-pubienne. Alors, et seulement, la main en fourche exercera une pression modérée sur le haut du thorax (fosses sus-épineuses) pour diriger les tractions vers le sol et faire apparaître sous la symphyse la région occipitale toute entière avant de relever le tronc.

Ces principes sont-ils souvent oubliés, ou bien les lésions se produisent-elles dans certains cas malgré leur mise en œuvre, il est un fait que les traumatismes sont fréquents au cours de ces manœuvres et JEANNIN écrit dans le « Concours médical » : « J'insisterai sur les lésions produites dans la manœuvre de MAURICEAU. Vous savez les dangers de la main extérieure : ce sont les fractures de la clavicule. Vous devez connaître les dangers de la main ou du doigt buccal, lorsqu'au lieu de reposer sur le coussinet de la langue il a glissé au-dessous, il produit l'effondrement du plancher buccal d'où un phlegmon qui ne tardera pas à tuer l'enfant. BAR a signalé la déchirure de la ranine, suivie de mort. On peut encore, en portant les doigts trop en avant, provoquer une fracture du maxillaire ou; pour mieux dire, une disjonction des deux pièces du maxillaire inférieur, surtout chez un prématuré. »

On pourrait dans une certaine mesure oublier ces dangers si la manœuvre était vraiment efficace. Mais dans les cas difficiles où l'obstacle est de taille, elle se montre toujours inopérante. « Comment espérer fléchir la tête en tirant sur l'arc mobile du maxillaire ?... écrit le Pr METZGER; si la tête est solidement accrochée vous arracherez le maxillaire inférieur plutôt que d'abaisser le front ». Il

ne saurait être question en effet par une traction sur une pièce aussi minime, seulement reliée au crâne par une articulation d'une mobilité extrême d'espérer la bascule de la tête toute entière lorsque celle-ci par surcroît est fortement serrée par le squelette osseux.

Harry FIST (de Los Angeles) ne pense pas autrement lorsqu'il écrit dans « Médical Journal » (1932). « La mâchoire inférieure de l'enfant ne doit jamais être utilisée pour la traction. Le doigt mis dans la bouche peut tout au plus servir de repère pour la position de la tête; la tête doit être délivrée doucement. »

Il n'est pas d'accoucheur fidèle à la manœuvre de MAURICEAU qui n'ait eu l'occasion de compter des échecs renouvelés.

Aussi peu à peu, on a évolué depuis le temps où Mme LACHAPELLE prétendait que la manœuvre de MAURICEAU était capable de « rendre beaucoup à condition de savoir en tirer tout son fruit ».

BUDIN écrivait déjà : Dans certains cas le MAURICEAU peut échouer; dans ces conditions, on ne persitera pas à continuer des tractions manuelles dangereuses. »

Ces cas nous semblent aussi nombreux que les obstacles eux-mêmes dès qu'ils se montrent de quelque importance, mais les observations n'en sont point publiées et tout se borne à la constatation de l'insuccès fréquent de la manœuvre de MAURICEAU dans les cas précisément où l'opérateur embarrassé avait mis tout son espoir en elle.

Il serait fructueux de mettre en parallèle, obstacles et échecs, on se rendrait ainsi compte, croyons-nous, que la méthode s'avère toujours décevante dès qu'il y a complication.

Une statistique de MORTON à « California Hospital » avoue que la manœuvre de MAURICEAU, systématiquement mise en œuvre, échoua dans 20 cas sur 256, soit dans une proportion de 1/12. C'est en vain, que nous avons cherché dans la littérature médicale d'autre statistique de ce genre. Cela tient sans doute, ainsi que nous l'indiquerons plus loin, à ce que la manœuvre est rarement utilisée « à l'état pur » et qu'à force de combiner des procédés divers, on arrive souvent à s'en tirer plus ou moins bien. Pourtant la fréquence relative de l'utilisation du forceps dans les statistiques publiées dans des services ou le Mauriceau est d'usage courant est un aveu caché de la fréquence des échecs de la méthode. Une statistique de BERTRAND, dans sa thèse faite à Bordeaux, montre sur 122 cas, 16 accouchements qui durent se terminer par une application de forceps sur la tête dernière, soit 1/7. De même la thèse de Mlle POULAIN faite à TARNIER montre sur 303 cas, 8 applications de forceps sur tête dernière et de plus un cas où la manœuvre de MAURICEAU fut impossible malgré épisiotomie et où le forceps ne fut pas employé (le menton resta accroché derrière la symphyse : mort-né de 3.460 gr.) soit échec probable de la méthode dans 1/33 des cas.

Or, les obstacles sèrieux ne doivent pas être tellement plus nombreux que ces échecs eux-mêmes. Ils n'ont pas été mis en parallèle dans les thèses ci-dessus, aussi est-il difficile d'avoir une idée exacte de leur fréquence.

La statistique de TARNIER accusait 25 bassins rétrécis, soit 8 % environ, mais qui dit rétrécissement du bassin ne dit pas forcément dystocie et STUDDIFORD affirme que « la

grande majorité des anomalies de ces bassins anormaux est de peu d'importance lors du passage de la tête dernière ».

Nous sommes persuadés encore une fois que, si l'on n'a pas pratiqué des manœuvres intempestives au cours de l'accouchement, on aura toute chance d'avoir peu d'ennui lors de l'issue de la tête dernière. Et ce n'est pas là une simple impression gratuite. Les chiffres de notre statistique personnelle dans le service du Pr METZGER montrant en effet que sur 183 accouchements par le siège qui se sont produits de 1924 à la fin du 1er trimestre 1935, une seule fois on a eu une difficulté sérieuse lors de l'issue de la tête dernière. Ce fut aussi la seule fois où on dut avoir recours à l'application du forceps.

Sans doute, nous n'avons pas été exempts de rétrécissements du bassin, à des degrés divers ou d'obstacles d'autres sortes. Dans 60 % des cas environ, on a dû intervenir par la mise en œuvre d'expression abdominale dont nous parlerons tout à l'heure. Nous ne croyons pourtant pas devoir à une faveur spéciale le fait que nos malades ne nous offrirent pas de difficulté tellement sérieuse que nous eussions dû recourir plus souvent à des manœuvres de plus large envergure.

COMMENT DONC TRIOMPHER DES DIFFÉRENTS OBSTACLES SI LE MAURICEAU EST INOPÉRANT ?

A. — *Nous avons vu qu'il était assez fréquent que l'obstacle soit un spasme* causant l'atrésie des voies génitales Lorsque la contracture siège sur le col utérin, la meilleure technique est celle que préconise SUZOR dans 'l'Hôpital' :

« Dans ces conditions, écrit-il, il devient préférable de faire franchement avec des ciseaux droits une petite incision du col en avant qui sera la plupart du temps suffisante pour le passage de la tête... Dans le cas où la descente de la tête ne s'effectuerait pas malgré cette incision, parfois à cause d'une déflexion surajoutée, il y a indication à pratiquer une application de forceps sur la tête dernière. Cette application ne souffre aucune difficulté. L'introduction des branches se fera sous le contrôle de la vue, une valve écartant les parois vaginales. »

L'anesthésie de la femme a pu aussi rendre des services en faisant cesser le spasme utérin ou périnéal et l'on a pu dès lors assister parfois à une descente de la tête jusque là prisonnière. Une pression abdominales bien dirigée facilitera consisérablement l'opération en complétant la flexion céphalique et en aidant à son expulsion. Nous décrirons plus loin la manœuvre lors de la conduite à tenir en présence d'un bassin un peu juste ou rétréci; nous ne faisons que le signaler ici.

Le forceps recouvre tous ses droits lorsque ces différents moyens ayant échoué on n'aura pas encore réussi à procéder à l'extraction céphalique. La contracture se montrant telle qu'aucune manœuvre manuelle n'en peut venir à bout, il faut savoir courir le risque du forceps puisque c'est là l'unique chance de salut. Nous verrons du reste plus loin que c'est là une opération souvent décisive et qui, dans mainte occasion particulièrement ennuyeuse peut rendre les plus grands services à la condition d'être effectuée correctement.

B. — *Lorsque l'obstacle est imputable à une anomalie du mécanisme de l'accouchement*, nous avons vu que la tête en occipito-sacrée pouvait être fléchie ou défléchie.

Si la tête a conservé sa flexion, le front se met en rapport avec la face postérieure du pubis. Les lois de l'accommodation peuvent être les mêmes que pour une présentation céphalique. Dans celle-ci, nous savons que la tête a tendance d'elle-même à sa dégager en déflexion, le menton s'écartant par conséquent du thorax. Si parfois le dégagement s'opère autrement, c'est grâce à l'intervention d'ailleurs louable de l'opérateur lequel, par une forte pression sur la région de la fontanelle parvient à maintenir la tête qui sort presque fléchie. Ce sont de ce fait, les diamètres les moins dangereux qui se présentent à la vulve.

Mais dans le cas de présentation céphalique, on a affaire à une situation idéale, celle que l'on doit toujours souhaiter et l'on peut espérer en venir à bout avec le maximum d'élégance. Le résultat ne sera pas toujours du reste aussi brillant et en présence d'une tête un peu volumineuse ou dont on a peine à conserver la flexion, on sera réduit parfois pour éviter la déchirure du périnée à pratiquer une épisiotomie préventive; la tête sort alors plus ou moins défléchie.

Or, dans le cas d'une tête dernière on n'opère plus dans ces conditions idéales. Sans doute lorsqu'il n'y a pas d'obstacle à l'extraction et que l'on a pas cédé à la tentation d'opérer des tractions intempestives, il est fréquent de voir l'issue se produire en flexion. Mais lorsqu'il y a un obstacle, la tête a tendance à se défléchir et au cas où une pression abdominale convenable ne parvien-

drait pas à maintenir la flexion encore existante, il ne faut pas hésiter à opérer le dégagement en déflexion, après avoir pratiqué une épisiotomie préventive. Cependant dans la véritable présentation du sommet, la tête est libre, dégagée, et peut faire des mouvements; ici elle ne le peut pas puisqu'elle est fixée; qu'à cela ne tienne, on éloignera du menton la partie mobile déjà sortie, le thorax. « On fera le dégagement dos sur dos, comme disait PAJOT ». La manœuvre de MAURICEAU n'a guère les faveurs des accoucheurs dans le cas envisagé.

On pourrait encore avoir recours à la manœuvre de Mme LACHAPELLE. Celle-ci consiste à passer une main le long de l'occiput en contournant la face de façon à ce que les doigts arrivent jusqu'à la bouche; ces doigts tirent latéralement sur la commissure pour ramener la face vers le sacrum. Il est à noter ici que nous ne nous élevons pas contre le procédé qui consiste à introduire un ou deux doigts dans la bouche du fœtus, lorsqu'il ne s'agit que de donner à la tête une orientation, sans prétention à la fléchir; on peut de la sorte compléter une rotation qui ne se serait effectuée qu'en partie (il est rare que l'on ait à agir dans ce sens). Mais dans le cas de position occipito-sacrée de la tête dernière fléchie, celle-ci est souvent freinée à un point tel que toute tentative de rotation échoue, et le Pr METZGER ne fait à la manœuvre de Mme LACHAPELLE qu'une confiance très limitée.

S'il est parfois aisé de dégager à l'envers une tête fléchie, il n'en est pas de même lorsque l'extrémité céphalique est en déflexion, le menton restant accroché au-dessus du corps du pubis. La bouche étant inaccessible,

la manœuvre de MAURICEAU est le plus souvent impraticable ainsi que l'illustre le cas relaté par TRILLAT, GAUCHERAND et BELLY. On observait là encore les lois de l'accommodation en faisant ainsi que l'indiquait PAJOT le dégagement « ventre sur ventre ». Il y a là en effet, si l'on peut s'exprimer ainsi, présentation de la face à l'envers. Dans le dégagement normal, la face se dégage par flexion, le menton se rapproche de la partie antérieure du thorax dont il était éloigné, mais ici la face est fixée; ce sera donc le plan antérieur du thorax qui devra se rapprocher d'elle.

Cependant, aux yeux de bien des accoucheurs, cette manœuvre ici est dangereuse; la manœuvre de MAURICEAU est par ailleurs impuissante dans tous les cas et la plupart des auteurs conseillent le forceps. Le Pr BRINDEAU a essayé un procédé qui consiste à se servir d'une cuiller de forceps en guise de levier. La cuiller étant guidée sur la main est glissée sur le pubis et la région latérale de la face. On appuie la cuiller de façon à faire tourner le menton. Il est bien évident que tout cela doit se passer sans brutalité et rapidement si l'on veut obtenir un enfant vivant, mais aux grands maux les grands remèdes et l'on opère ici dans des conditions particulièrement délicates qui exigent une intervention rapidement décisive.

C. — *Une dernière cause fréquente de dystocie de la tête dernière est due à un obstacle osseux*, soit que le bassin soit un peu juste ou manifestement rétréci, soit que la tête fœtale soit trop grosse pour les anneaux qu'elle doit traverser.

Méthode manuelle. — Lorsque la disproportion n'est pas trop considérable entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, on peut espérer en venir à bout par une pression abdominale de la main de l'opérateur au-dessus du pubis. Nous avons déjà fait allusion à ce procédé dans les pages précédentes.

Cette manœuvre consiste en une pression exercée par la paume de la main, extérieurement sur le ventre, directement au-dessus du pubis, du côté où est dirigé le front.

Par cette pression exercée de haut en bas et d'avant en arrière dans la direction du diamètre oblique, on élève l'occiput et on rapproche le menton de la poitrine; il en résulte que la tête forme un coin et se présente dans le bassin par ses plus petits diamètres.

Cette manœuvre présente sur celle de MAURICEAU de multiples avantages. C'est une manœuvre de pulsion et non pas de traction. La tête est engagée et fléchie par la main de l'opérateur avec un mécanisme identique au mécanisme normal où ce sont les contractions utéro-abdominales qui sont opérantes : « Il nous est souvent venu à l'idée, dit von RITGEN dans un article de la Monatsschrift für Geburtskunde, que l'expulsion spontanée du fœtus se fait par le principe de la pression, tandis que dans l'accouchement artificiel, on n'applique guère que celui de la traction. Dans l'ordre de la nature, les parties moyennes et inférieures de l'utérus compriment circulairement le fœtus, diminuent son volume et maintiennent durant tout ce temps son axe confondu avec le leur. Puis la partie supérieure de l'utérus se resserre sur la masse totale de l'enfant pour le pousser au dehors de haut en bas. On ne voit pas alors le

menton cesser d'être fléchi sur la poitrine... Que fait par contre l'homme de l'art ? Il tire sur la tête; il développe sans pitié l'ovoïde fœtal, sans songer que l'enfant supporte péniblement ce manège. Tractions, toujours des tractions, et pourquoi donc jamais de pressions ? »

La première qualité de la méthode réside dans son inocuité. La force agit par l'intermédiaire de la paroi abdominale : c'est dire qu'elle sera moins traumatisante pour le fœtus. La tête subit l'effort par son ensemble et non par une de ses pièces constituantes; la tête est fléchie et engagée par la main de l'opérateur avec un mécanisme identique au mécanisme normal, sans mouvement de bascule à escompter. La mère en retirera aussi de multiples avantages, en cas de tension forte du périnée, on ne courra pas le risque de provoquer sa rupture par l'introduction d'une main indésirable venant doubler la présentation et exagérer la pression déjà excessive à ce niveau. La protection des tissus maternels sera plus efficace du fait que leur surveillance sera plus aisée. Il est facile de demander à un aide de régler la sortie de la tête et au besoin, une épisiotomie pratiquée au moment opportun enlèverait toute inquiétude. S'il y a contracture au niveau du col, les éclatements seront moins à craindre, aucune manœuvre brutale ne s'effectuant à son contact direct. On ne saurait faire à cette manœuvre l'expression localisée à la tête le reproche de pouvoir entraîner par la suite un degré quelconque d'inertie utérine alors que sur 81 cas d'expression utérine globale (opération de bien plus large envergure), BREISKY n'en cite aucun exemple. La rupture utérine ne saurait être redoutée. LOHLEIN écrit « le

seul inconvénient est d'effectuer la pression hors de l'axe, ce qui n'aboutirait à rien. Dans l'extraction de la tête dernière par pression et traction combinées, c'est moins la première que la seconde qui peut être à l'origine des lésions des parties molles ». Carl RUGE par ailleurs, convaincu que c'est aux tractions qu'on doit attribuer toutes les lésions décrites dans son mémoire conseille de « laisser l'expulsion de la tête à la nature ou de l'aider par « l'expression abdominale seule ».

La méthode aura encore l'avantage de toutes les manœuvres exercées par voie externe : nul ne contestera l'excellence d'une technique où tout se passera au dehors, la supériorité d'un accouchement où nulle manœuvre interne n'aura été effectuée, sans les dangers d'une aseptie souvent incomplète. Que de fois en effet, en dehors de l'hôpital la manœuvre de MAURICEAU n'est-elle pas réalisée dans des conditions déplorables, à l'aide d'une main nue, à peine passée à l'alcool ou insuffisamment iodée. Et même si l'on a employé un gant, celui-ci ne risque-t-il pas de se souiller au passage de la vulve, alors qu'il y a eu souvent défécation. Et au cas où il y a infection amniotique concomitante, n'y a-t-il pas danger à ensemencer la cavité buccale de l'enfant avec des doigts porteurs de germes, au risque d'entraîner par la suite une broncho-pneumonie fatale ?

Mais surtout l'avantage de cette manœuvre réside dans son efficacité. Elle est capable, en effet, d'apporter une solution heureuse à bien des cas où le bassin se montre un peu rétréci, où la tête est un peu volumineuse et tarde à s'engager. Si le diamètre promonto-pubien n'est pas infé-

rieur à 8 cm., on peut lui faire confiance presque à tout coup, les os du crâne du fœtus subissant sous la poussée de la main abdominale un chevauchement suffisant pour permettre l'admission de la tête.

L'extrémité céphalique est là, sous la main, bombant au-dessus de la symphyse; pas de point d'appui inaccessible, comme il arrive parfois pour la manœuvre de MAURICEAU.

Cette opération pourra même précéder les manœuvres d'asynclitisme sans que l'on ait à craindre que le doigt ne parvienne à atteindre la bouche. Quand la tête est inclinée sur son pariétal postérieur (on sait, depuis TARNIER, que c'est en général le cas), on peut trouver au niveau de l'hypogastre droit, soit un sinus répondant à la gouttière formée par le rapprochement du pariétal et de l'épaule, tournée en avant, soit encore une voussure qui déborde en avant l'arc antérieur du bassin, immédiatement au-dessus dn pubis. Elle est constituée par le pariétal antérieur, remonté au-dessus du plan du détroit supérieur pendant la période de descente du pariétal postérieur; le pariétal antérieur doit à son tour descendre dans l'excavation, la tête achevant alors sa progression en attitude synclitique. On conçoit que l'on puisse par une pression convenable provoquer la flexion de la tête et aider à l'engagement des pariétaux, lors d'une manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES effectuée sans le secours du doigt intrabuccal.

Ajoutons que les parties molles n'étant pas au contact direct de doigts inquisiteurs, il n'y aura pas danger de production ou d'exagération d'un spasme au niveau du col ou du périnée. On ne risquera pas la striction des doigts introduits dans un col contracturé, venant paralyser toute action utile à son niveau.

Notre statistique montre que pratiquée dans une centaine de cas, la manœuvre n'échoua qu'une seule fois; un essai de traction sur le maxillaire également tenté par curiosité lors de cette circonstance se montra du reste inopérant. L'on dût en dernier ressort avoir recours au forceps. L'observation est la suivante :

« Madame L. G. 34 ans, secondigeste, consulte à l'hôpital Bichat le 24 janvier 1933. L'examen montre un fœtus se présentant par le siège. La présentation est élevée. Le fœtus est volumineux. Bien que théoriquement, la femme ne soit pas tout à fait à terme, étant donné la dystocie d'un premier accouchement qui nécessita un forceps et amena un enfant mort, on a l'impression qu'il sera préférable d'ici peu de temps de pratiquer une césarienne, plutôt que de risquer les difficultés d'un gros siège.

« Le lendemain vers la fin de la matinée, la femme qui habite la grande banlieue revient ayant rompu ses membranes dans la nuit et étant franchement en travail. Elle rentre donc d'urgence à l'hôpital.

« A 14 h., examen. Avant le toucher, la question est de savoir s'il est prudent d'intervenir par voie haute chez cette femme qui vient d'arriver après avoir fait plus de 40 kms en ambulance avec un œuf ouvert.

« On est surpris de trouver par le toucher une dilatation complète avec un siège encore élevé. On se décide pour la grande extraction, certes dangereuse pour l'enfant, mais moins risquée pour la mère.

« On arrive assez facilement à saisir les pieds extrêmement loin (siège décomplété). Une fois les membres inférieurs abaissés jusqu'à la vulve, on extrait le tronc par traction et expression combinées. La manœuvre est

« du reste pénible en raison du volume de l'enfant et de « la rigidité des tissus maternels.

« On fait une anse au cordon qui bat faiblement mais « reste tendu et plein.

« Les membres supérieurs sont abaissés péniblement (le « droit d'abord relevé en arrière). On doit faire subir « une rotation à l'enfant sur son axe pour abaisser le « bras antérieur.

« *Extraction de la tête dernière.* — On tente d'abord « de l'extraire par expression abdominale mais sans ré- « sultat.

« Par le toucher la tête est très élevée (détroit supé- « rieur) et regarde à gauche du bassin. On introduisit « deux doigts dans la bouche d'ailleurs difficilement ac- « cessible mais il est impossible d'obtenir un mouvement « de flexion même en s'aidant d'expression abdominale et « en pratiquant une manœuvre de CHAMPETIER de RIBES.

« Ces manœuvres ont duré longtemps, le cordon ne bat « plus mais reste tendu. On est a peu près convaincu de « l'impossibilité d'extraire cet enfant vivant et on est sur « le point de faire une perforation de la tête dernière « pour l'extraire.

« Auparavant on décide de tenter une application de « forceps. Le forceps est obliquement placé par dessous « le fœtus, une branche en avant, l'autre en arrière, la « convexité des cuillers tournée vers la face dans l'inten- « tion de fléchir la tête en plaçant le tracteur.

« La manœuvre réussit assez facilement et on extrait « un fœtus en état de mort apparente (garçon d'un poids « de 4.500 gr.). On se met en devoir de pratiquer l'in- « sufflation. Le cœur bat d'abord imperceptiblement et « après environ 20 minutes l'enfant commence à respirer « et continue ensuite.

« Il présente d'ailleurs des lésions qui feraient presque « regretter de l'avoir extrait vivant : volumineux cépha-

« lématome; le membre supérieur gauche est inerte et il « semble possible que pendant la manœuvre ont ait élongé « le plexus brachial. Pourtant le membre inférieur du « même côté semble également paralysé.

« An niveau des yeux pas d'ecchymose sous-conjonc- « tivale; l'enfant présente un strabisme convergent très « marqué.

« Dans la suite l'enfant s'élève convenablement et les « accidents cérébro-méningés ont complètement rétro- « cédé. »

Tel fut l'échec que nous eûmes à enregistrer dans un cas vraiment difficile avec enfant de 9 livres. Un échec sur cent environ où la tête se trouvait frênée à des degrés divers. Or, nous l'avons vu, la manœuvre de MAURICEAU a pu se montrer inopérante une fois tous les 10 ou 20 accouchements. Nul doute que si on y avait eu recours dans tous ces cas à l'hôpital Bichat on eût enregistré des échecs de cet ordre. L'expression de la tête dernière nous semble infiniment préférable et infiniment plus efficace.

On a préconisé d'autres procédés destinés à faciliter l'expulsion de la tête dernière; nous ne pouvons les juger car ils n'ont pas été mis en pratique dans le service du Pr. METZGER. Tel est le procédé employé par M. C. TRILLAT de Lyon, procédé qui lui aurait donné de très bons résultats. Cette manœuvre consiste à refouler la pointe du coccyx entre le 3e et le 4e temps du MAURICEAU, c'est-à-dire entre le temps de descente et le temps de dégagement de la tête. Cette manœuvre, d'après son auteur, diminuerait beaucoup les difficultés du MAURICEAU.

Un autre procédé consiste à anesthésier la femme; on

obtiendrait ainsi pas mal de succès dans des cas difficiles.

Ce sont là, nous semble-t-il, les succès du MAURICEAU, ces cas où l'on combine à la manœuvre des méthodes associées : refoulement du coccyx, anesthésie, expression abdominale, position de WALCHER, qui en réalité sont cause de la réussite.

BERTRAND signale un cas dans sa thèse ou le MAURICEAU ayant été tenté sans succès, on effectua la chloroformisation de la femme; le MAURICEAU de nouveau essayé amena un résultat complet.

Emploi du forceps. — Nous avons vu que si efficace qu'il puisse être le procédé d'expression céphalique peut pourtant échouer. Dans ce cas la conduite à tenir est celle qui fût la nôtre lors de l'observation relatée plus haut. Il faut recourir à la préhension de la tête dernière au moyen du forceps. « C'est une excellente opération écrit le Pr BRINDEAU et qui peut rendre de grands services. On a pu dire qu'il ne fallait jamais entreprendre un accouchement par le siège sans avoir à côté de soi, tout préparé, un forceps destiné à être appliqué sur la tête dernière, si l'extraction de celle-ci offre quelque difficulté. Il vaut certainement mieux faire cette manœuvre que de risquer en tirant trop énergiquement sur le cou du fœtus d'amener des lésions très graves du côté de la mœlle cervicale, du plexus brachial, etc... » De même DEMELIN écrit : « Il vaut infiniment mieux, à mon avis, recourir à cette intervention que d'exagérer les tractions manuelles de la manœuvre de MAURICEAU. Le jugement de Mme LACHAPELLE est beaucoup trop sévère à coup sûr qui estimait que l'applica-

tion du forceps sur la tête dernière est l'œuvre des « maladroits », disait-elle, c'est-à-dire de tous ceux qui ne savent pas faire rendre à la manœuvre de MAURICEAU ce qu'on peut en tirer ».

Nous avons montré en nous basant sur notre statistique effectuée dans le service du Pr METZGER qu'en réduisant au minimum toute intervention, en bornant celle-ci à la manœuvre d'expression lorsque l'obstacle n'est pas trop considérable, il était possible de réduire considérablement les indications du forceps. BUDIN écrivait : « une fois environ tous les vingt ou trente accouchements par le siège, on appliquera l'instrument sur la tête dernière. » Nous pensons qu'il est possible d'en user moins largement.

Pourtant dans des bassins nettement déformés ou lorsque la tête de l'enfant sera par trop volumineuse, ce sera là une opération nécessaire.

Il pourra s'agir d'une déformation limitée au détroit supérieur ou dans l'excavation. La tête qui aborde le bassin par sa base a alors tendance à se défléchir par accrochement du menton. Cette attitude est particulièrement marquée dans le bassin aplati, cette forme de viciation, ainsi que l'écrit VORON « offre à l'occipito-frontal un diamètre transverse aisément perméable et le bipariétal se trouve lorsque la tête est en attitude intermédiaire, déjeté en dehors du sacro-pubien réduit. » Lorsque le bassin est généralement rétréci ou aplati, la tendance de la tête dernière à la déflexion est encore plus marquée et les difficultés s'en trouvent accrues.

Si la tête est en transverse, il faut avoir recours à la ma-

nœuvre de CHAMPETIER, la main de l'opérateur agit sur l'occiput pour le repousser et fléchir la tête. On a conseillé en appuyant sur l'occiput d'introduire une branche de forceps maintenant la flexion. La seconde cuiller pourrait alors être introduite et articulée avec la première. Le Pr METZGER écrit : « Il est très rare d'avoir à utiliser cette manœuvre, car dans l'extraction de la tête dernière la difficulté n'est pas de sortir la tête qui atteint le périnée, mais de l'y amener et pour ce faire le forceps ne peut rien ».

Si l'on a précisé avant l'accouchement cette viciation du détroit supérieur, l'opération césarienne semble l'intervention idéale.

Le cas de beaucoup le plus fréquent est celui de l'application du forceps dans l'excavation — ou bien on aura pu orienter la tête en ramenant la bouche en arrière grâce à un doigt buccal et l'application se fera en directe — ou bien la bouche n'aura pas pu être ramenée en arrière et l'application du forceps en oblique ne comportera pas beaucoup plus de difficulté.

L'obstacle pourra siéger au détroit inférieur. — Dans ce cas le forceps ne sera pas toujours nécesaire. La tête devra se dégager très en arrière (le périnée court grand risque si l'on n'y prend garde). Le dégagement pourra se faire soit en occipito-pubienne, soit en occipito-sacrée.

Dans le premier cas, lorsque le bipariétal ne réussit pas à franchir directement la base de l'arcade un mécanisme particulier peut intervenir, sur lequel BONNAIRE a autrefois insisté. Au lieu de se dégager du champ, le diamètre

céphalique franchit le défilé obliquement et en deux temps, par une sorte de mouvement d'asynclitisme.

S'il y a position occipito-sacrée, le pronostic est encore plus favorable. Tandis que la nuque s'encastre au sommet de l'arcade pubienne, la voûte du crâne défile au-devant de la pointe du sacrum au fur et à mesure que le menton puis la face se libèrent de l'échancrure interpubienne.

Procédés d'agrandissement du bassin. Procédés de pelvitomie.

Nous n'avons pa eu à les utiliser. Ils doivent parfois pourtant être envisagés. D'après la plupart des accoucheurs pour avoir le maximum de chances de succès, on doit se trouver dans un cas typique comme le suivant : femme jeune, multipare, tissus très souples, dilatation complète, bassin plat rétréci seulement au détroit supérieur, ayant au moins 8 de promonto-pubien; fœtus vivant, en bon état. La pubiotomie à ciel ouvert a longtemps gardé la préférence de la majorité des accoucheurs; plusieurs lui restent encore fidèles. La pubiotomie sous-cutanée est plus élégante mais aveugle. La symphysiotomie pratiquée par simple ponction du pubis, par voie sous-cutanée, d'après le procédé de ZARATE pourrait être une opération d'avenir; il est difficile encore de se faire une opinion exacte de sa valeur.

Si la femme est infectée sérieusement, si le fœtus souffre depuis longtemps, mieux vaut une embryotomie. Celle-ci se pratique surtout sur enfant mort. Toutes les fois que le fœtus est mort, il devient avantageux pour la mère de l'extraire avec le minimum de traumatisme; aussi, à part les cas

dans lesquels une application facile du forceps est suffisante, il vaudra mieux réduire le volume de la tête.

Les statistiques enfin semblent donner raison à cette façon de voir. — Toute intervention, en fin de compte doit, en effet, montrer sa valeur à la lumière des statistiques. C'est là le critère de son utilité et la conversion de la théorie en résultat vraiment palpable.

L'écueil principal pour le praticien qui procède à un accouchement par le siège est, d'ordinaire, nous l'avons vu l'extraction de la tête dernière. Il y a là une somme d'ennuis fréquents qui ne demande qu'à se répercuter sur le chiffre des statistiques par un accroissement de la mortalité.

De toute évidence, le remède apporté doit faire ses preuves en améliorant ces statistiques. La bonne méthode sera en définitive celle qui aura permis d'obtenir le plus d'enfants vivants; le dernier mot doit toujours rester aux chiffres.

Nous n'avons pas ici en vue la mortalité maternelle, guère influencée par la présentation du siège. C'est l'enfant qui court le risque et cette éventualité lui fait payer un lourd tribut.

Sans doute le pronostic fœtal est influencé par de multiples facteurs. Il est certain que la primiparité et l'âge des femmes joue un rôle, le pronostic étant plus mauvais pour les enfants des primipares âgées. La résistance des parties molles est en effet plus grande et la longueur du travail s'en trouve augmentée. De même le volume de l'enfant a une grande importance, les enfants mâles parce que plus gros, en général, sont plus exposés.

La procidence du cordon, réputée pour fréquente dans

la présentation du siège est encore à la source de bien des cas de mort du fœtus.

Il ne faut pas oublier pourtant l'importance des décès qui ont leur cause dans la manière dont on s'est comporté au moment de l'extraction de la tête dernière et nous avons montré que les traumatismes de la tête fœtale sont au premier plan de l'étiologie des cas mortels.

Les statistiques établies jusqu'à présent montrent le résultat des méthodes classiques confiant toute extraction céphalique à la manœuvre de MAURICEAU.

Les chiffres varient avec les statistiques données par les différents auteurs. On peut pourtant se faire une idée assez exacte de la mortalité fœtale.

Mme Lachapelle donnait le chiffre de 13 %
Pajot citait celui de ..... 14 %

Nous citerons quelques statistiques étrangères :

Beiner et Feiper	11,6 %
Bush	35,4 %
Ohnerhill	31 %
Müller	21,8 %
Bell	22 %
Winkel	19,6 %
Orlovins	18,2 %
Früs Rasnüssen	14,2 %
Hecker	22 %

La statistique de GATEAUX faite à Strasbourg donne le chiffre de 20 %.

Une statistique donnée en 1930 par VAUDESCAL des

présentations du siège relevées à TARNIER et comprenant 376 cas donne un chiffre de mortalité fœtale de 12 %.

Une statistique de BERTRAND faite à Bordeaux accuse également 12 %.

Il est juste bien entendu d'éliminer des cas de mort fœtale, celles qui ne sont pas imputables à la présentation elle-même. Voici quelques chiffres donnés comme rectifiés alors que l'on a éliminé les prématurés (au-dessous de 1.500 gr.) les macérés, ceux porteurs d'anomalies incompatibles avec la vie.

Hecker	13,6 %
Kötz	10,3 %
Sschusmann	11,6 %
Ahlström	9,9 %
Früs Rasmüssen	8,2 %

La statistique de Strasbourg réduite donne le chiffre de 9,6 %. Nous voyons d'après ces différents résultats que la moyenne de la mortalité totale oscille entre les chiffres de 15 à 20 %, que celle de la mortalité réduite descend difficilement au-dessous de 10 %.

On cite pourtant quelques chiffres extrêmes :

Eckhard	3,2 %
Schultze	3,01 %

Ils constituent des exceptions.

Notre statistique personnelle établie dans le service du Pr METZGER montre le résultat de la méthode adoptée dans ce service et exposée tout au long de notre ouvrage. Elle porte sur 183 cas et comprend 19 morts, soit une mortalité globale de 10,3%

Dans ces 19 morts sont compris 4 enfants porteurs de lésions incompatibles avec la vie et produits de 2 grossesses gémellaires univitellines et un prématuré (1.450 gr.). Nous sommes en droit de les éliminer, ce qui ne porte plus qu'à 14 le chiffre de notre mortalité. Donc mortalité réduite : 7,65 %

Ce chiffre est satisfaisant si on le compare avec ceux de la plupart des statistiques de présentations du siège.

Nous pensons devoir en grande partie cet abaissement de la mortalité au fait qu'il fut toujours fait confiance à la nature jusqu'à l'extrême limite du possible à chacun des stades de l'expulsion de l'enfant et particulièrement à celui de l'issue de la tête dernière.

L'application du forceps toujours dangereuse (les statistiques montrent une mortalité de 30 à 40 % dans les cas où l'extraction dut être faite ainsi) fut réduite à un minimum grâce à l'utilisation de l'expression abdominale infiniment plus fidèle que la manœuvre de MAURICEAU.

Le pronostic fœtal nous semble amélioré du fait d'une technique que nous estimons supérieure à celle de l'intervention à outrance et usant des procédés défectueux de la traction sur le maxillaire de l'enfant.

Cette amélioration de la technique de l'extraction du siège n'est pourtant que partielle, ne portant que sur le stade ultime de la rétention de la tête dernière, c'est dire que les autres causes de mort fœtale subsistent et l'accouchement par le siège comporte toujours un pronostic plus réservé que l'accouchement céphalique normal.

Nous notons dans notre statistique deux cas où la procidence du cordon fut à l'origine de la mort.

Les troubles asphyxiques ne firent pas défaut et entraînèrent la mortinatalité dans 7 cas; nous tenons à faire remarquer pourtant qu'ils ne se produisirent jamais lors de l'extraction de la tête dernière, mais à des étages antérieurs.

Tantôt il s'agissait d'un siège bloqué au détroit supérieur et la dilatation étant insuffisante, et le siège se trouvant décomplété, on ne pouvait tenter l'abaissement d'un pied.

Tantôt le siège était arrêté dans l'excavation. Il y avait souffrance fœtale. Aucune intervention ne pouvait être tentée à cause des risques que l'on eût fait subir à la mère pour extraire un enfant de survivance hypothétique.

Quatre enfants, enfin, en état de mort apparente ne purent être ranimés malgré des soins énergiques et prolongés. Il s'agissait de cas où une mauvaise flexion du tronc avait entraîné une progression extrêmement lente. On avait bien tenté de soulever le siège vers le haut et d'abaisser un pied, mais l'opération, en dépit de la hâte apportée à son exécution, n'avait abouti qu'à l'extraction d'enfants en état de mort apparente. Deux présentaient la forme syncopale blanche; l'un de ceux-ci put être ranimé, mais pour une heure seulement.

Encore une fois, nous n'avons pas noté dans un seul cas de troubles asphyxiques inquiétants lors des extractions de la tête dernière auxquelles nous eûmes à procéder. Nous croyons du reste exceptionnels les cas d'asphyxie par respiration prématurée. Nous sommes en droit de rapporter tous ces facteurs de mortinatalité à la présentation du siège elle-même; là, on ne pouvait rien; là, on a dû se résigner à ne rien faire; là seulement sont les mauvais cas

de la présentation du siège. Du moins ont été ainsi éliminées les causes de mort dues à l'opérateur lui-même et qui viennent trop souvent transformer en cas difficiles les cas simples, en désastres, les cas seulement délicats.

CONCLUSION

Le pronostic de la présentation du siège est évidemment fonction des conditions particulières dans lesquelles se produit l'accouchement et de l'habileté de ceux qui y opèrent.

Dans les Maternités où les femmes sont assistées de personnes expérimentées, les enfants succombent moins souvent.

En ville, il peut en être de même, mais si la sage-femme ou le médecin, mandés trop tôt, n'ont pas su attendre jusqu'au bout, si, trop convaincus de leur valeur personnelle, ils se sont crû autorisés à intervenir, si encore leur sang-froid les abandonnant dans un cas difficile, leurs actes ont été dictés par leur affolement, les décès ne sont pas rares.

Confié à de telles mains, l'enfant se présentant par le siège voit se multiplier les risques. Le danger de la présentation elle-même est minime auprès de celui que lui fait courir une méthode d'intervention à outrance.

Les premières tractions auront pour corollaire inéluctable la dystocie de la tête dernière comme nous l'avons montré. Ainsi se crée de toutes pièces un temps redouté, dit stade de l'issue de la tête dernière, au-devant duquel se précipite pour son détriment l'opérateur impatient.

C'est là une dystocie provoquée le plus souvent. « Vous intervenez parce que vous craignez que ce soit difficile, écrit le Pr METZGER; soyez persuadés que le plus souvent c'est difficile parce que vous intervenez. »

Ainsi se multiplient ces manœuvres de MAURICEAU, remède jugé indispensable pour un mal que l'on a créé.

Ainsi se multiplient les indications du forceps, 2e temps de la manœuvre de MAURICEAU chaque fois que celle-ci a échoué, c'est-à-dire chaque fois que la dystocie a été réelle.

Le traumatisme sera la signature fréquente de telles interventions; nous avons vu sa répercussion redoutable sur les chiffres des statistiques.

La véritable habileté, lors de la plupart des accouchements par le siège consiste, à notre sens, à savoir modérer ses initiatives jusqu'à l'extrême limite du possible. C'est là le secret du petit nombre d'échecs rencontré dans les Maternités, où pourtant les malades sont souvent autant de « cas limites » porteuses de facteurs de dystocie.

Parfois pourtant, mais ce sera un cas d'exception, il existera des difficultés indiscutables à l'issue de la tête; nous les avons détaillées. L'opérateur habile sera dans ces conditions celui qui saura adopter le procédé le plus sûr pour réaliser cette extraction céphalique, le moins traumatisant aussi pour la mère et l'enfant.

Pas de manœuvre de MAURICEAU dont l'insuffisance s'est par trop souvent montrée complète dans les cas difficiles.

L'expression abdominale, localisée à la tête fœtale, lui est de beaucoup supérieure. Nous avons montré qu'elle est capable de triompher de la plupart des obstacles et de surseoir à bon nombre d'applications du forceps.

Si l'on excepte la rupture prématurée des membranes et la procidence du cordon, incidents propres à la présentation elle-même, il nous semble que le danger majeur sera constitué par l'extrême lenteur que le siège lui-même apporte parfois à sa progression. Là, croyons-nous, sont

les vraies difficultés de l'accouchement du siège et l'opérateur se sent à peu près désarmé en face de cette éventualité.

Parfois, ayant précisé la grosseur de l'enfant, on aura pu prévoir cette difficulté. Les procédés d'agrandissement du bassin seront, dans certains cas, envisagés; dans d'autres, en donnera a préférence à l'extraction par voie abdominale. Le Pr BRINDEAU préconise en particulier l'opération césarienne dans tous les cas de siège, surtout décomplété, chez la primipare âgée avec parties molles et gros enfant.

Mais, bien souvent, ces phénomènes de blocage du siège seront une surprise pour l'opérateur. Ce qui explique qu'on ait pu préconiser à titre prophylactique, chez la primipare avec gros enfant, l'abaissement d'un pied, dans le cas de parties molles souples, lorsque la dilatation est presque complète.

Même avec la technique la plus habile, pourtant, l'accouchement par le siège restera probablement toujours d'un pronostic moins favorable que l'accouchement céphalique. Aussi devra-t-on toujours essayer le traitement préventif anténatal; la version par manœuvre externe restera une intervention nécessaire dans tous les cas où on aura pu faire le diagnostic de présentation du siège.

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CAMERON. — Discussion on intracranial injury, in newly born and its relationship breech delivery. (Tr. Edinburg. Obstet. Soc., 1930-1931).

H. S. FIST. — Breech aftercoming head (M. J. And. Rec. 1933).

J. I. KUSHNER. — Breech presentation (M. J. And Rec. 1933).

D. G. MORTON. — Fetal Mortality and breech presentation (Ann. J. Obset. and Gyc. 1932).

A. BOURNE. — Management of breech labour. (Brit. M. J. 1931).

F. G. GIBBERT. — Remarks on breech presentation : fœtal mortality and injuries.

R. W. MOLHER. — Breech presentation; report of 170 cases (Am. J. Obst. and Gyc. 1931).

D. E. CONNELL AND S. M. DODECK. — Primary breech presentations. (Am. J. Obst and gyn. 1934).

PIPER AND BACHMANN. — (I. A. M. A. 1929).

HOLLAND. — (J. Obst. And Gyn. 1922).

S. WESTMANN. — Uber die Steissgeburten in den Jahren 1916-1930, and der Universitats. Frazenklinik in Stockolm. (Acta obst. and Gyn. Scand., 1931).

BRINDEAU. — La Pratique de l'art des accouchements.

BERTRAND. — Etude statistique et clinique des présentations du siège à la clinique d'accouchements. (Thèse de Bordeaux, 1925-1926).

P. DELMAS. — L'extraction par le siège. (Concours médical, Mars, 1929).

DEMELIN. — Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. (Revue française de gyn. et d'obst., 1923).

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
F. GATEAUX. — Les présentations du siège observées à la clinique obst. de la Faculté de médec. de Strasbourg, de janvier 1919 à 1928. (Gynécologie, mars 1929).
JEANNIN. — Les traumatismes fœtaux dans l'accouchement par le siège. (Concours méd., 1923).
METZGER. — L'accoucheur moderne.
Y. POULAIN. — Statistique de la présentation du siège pendant ces 3 dernières années à la clinique Tarnier. (Thèse Paris, 1926).
SUZON. — Les difficultés de l'accouchement dans les présentation du siège. (L'Hôpital, juin, 1927).
STUDDIFORD. — Présentation du siège. (Progrès médical, 1933).
VAUDESCAL. — Pronostic de l'accouchement par le siège. (Leçons du jeudi soir de la clinique Tarnier, 1930).